

介護保険 要介護認定区分変更申請書

内子町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号										個人番号																			
	医療 保 険	保 険 者 名										保 険 者 番 号																		
		被保険者証					記 号					番 号					枝 番													
	フリガナ										生 年 月 日																			
	氏 名										性 別																			
	住 所										電 話 番 号																			
	現在の要介護状態等 区分										有効期間 から まで																			
	変 更 申 請 由																													
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への入院 又は入所の有無										介護保険施設の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日									
											介護保険施設の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日									
医療機関等の名称等・所在地											期間 年 月 日～ 年 月 日																			
有 ・ 無											医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日									
提 出 代 行 者	名 称										該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)																			
	住 所										〒										電 話 番 号									
主 治 医	主治医の氏名										医療機関名																			
	所 在 地										〒										電 話 番 号									

第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特 定 疾 病 名	
-----------	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、内子町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名